DISSERTATION

N° 287.

SUR

LA MÉTRO-PÉRITONITE

PUERPÉRALE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 26 août 1833, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR LÉONARD BURGUET, de Saint-Yrieix,
Département de la Haute-Vienne;

Bachelier ès-sciences; Élève de l'École pratique; ancien Élève des Hôpitaux civils de Paris.

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1833.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER, Président.
Physiologie	BÉRARD, Examinateur.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN.
	.....
Pathologie médicale	DUMÉRIL, Suppléant.
	ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS, Examinateur.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER.
	BOUILLAUD, Examinateur.
	CHOMEL.
	ROSTAN.
Clinique chirurgicale	BOYER.
	JULES CLOQUET.
	DUPUYTREN.
	ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT, DUBOIS.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Bayle.	Hatin.
Bérard (Auguste).	Hourmann.
Blandin, Suppléant.	Jobert.
Boyer (Philippe).	Laugier.
Briquet.	Lesueur.
Brongniart.	Martin Solon.
Broussais (Casimir).	Piorry.
Cotterrau.	Requin.
Dalmas.	Sanson (aîné), Examinateur.
Dubled.	Sanson (Alphonse).
Guérard.	Royer-Collard, Examinateur.
	Trousseau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Hommage de reconnaissance et de piété filiale.

A MON ONCLE

M. LE DOCTEUR GONDINET,

Ancien Sous-Préfet de l'arrondissement de Saint-Yrieix, Chevalier de la Légion-d'Honneur, Membre correspondant de l'Académie royale de médecine, des Sociétés de médecine de Montpellier, de Toulouse, de Bordeaux, de Marseille, du Gard, de Bruxelles; de l'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Turin; de la Société d'agriculture de Paris, de celle de la Haute-Vienne, etc., etc.

Je m'estimerai heureux de pouvoir m'aider de ses conseils.

L. BURGUET.

DISSERTATION

SUR

LA MÉTRO-PÉRITONITE

PUERPÉRALE.

Il résulte des travaux les plus récens, publiés sur la fièvre puerpérale des anciens, que la plupart des symptômes qu'ils décrivaient sous ce nom se rattachent à plusieurs altérations anatomiques principales, qui affectent : 1°. l'utérus et ses annexes; 2°. les veines et les vaisseaux lymphatiques qui se distribuent à ces organes; 3°. le péritoine.

Chacun de ces élémens pouvant exister seul, ou se combiner diversement avec les autres, on conçoit que les symptômes devront varier selon les cas : de là autant d'affections qui méritent une description particulière, quoique depuis *Pinel* et *Bichat* on ait souvent décrit la fièvre puerpérale des anciens sous le nom de péritonite puerpérale, sans avoir égard aux lésions de la matrice et de ses annexes, qui, le

plus souvent, sont seuls ou primitivement affectés. Voici, à cet égard, comment s'exprime M. le professeur *Chomel :* « Plusieurs faits, dont les uns m'ont été communiqués par M. *Deneux*, ou ont été publiés par M. *Dance*, et dont les autres me sont propres, me permettent de croire que l'inflammation commence ordinairement par l'utérus, qui a été le siége d'une violente irritation, et qu'elle ne s'étend au péritoine que consécutivement, par contiguité ou par continuité. Dans les dernières péritonites puerpérales que j'ai eu occasion d'observer, et dont la terminaison a été funeste, j'ai trouvé, après la mort, des traces évidentes d'inflammation dans l'utérus, en même temps que dans le péritoine; et dans d'autres maladies puerpérales, j'ai trouvé l'utérus seul enflammé; le péritoine ne l'était point. Les causes de la péritonite puerpérale sont les mêmes que celles de la métrite, dont elle n'est, en quelque sorte, que l'extention, etc. » (*Dictionnaire de Médecine.*)

Je vais m'occuper spécialement, dans cette dissertation, de la forme d'affections puerpérales que j'ai observée le plus souvent dans les hôpitaux, de la métro-péritonite simple, et compliquée de la suppuration des veines et des vaisseaux lymphatiques, ou de ces deux états à la fois.

Causes.

Dans l'état de gestation, la matrice, énormément développée, et chargée, en quelque sorte, de nourrir le nouvel être qu'elle contient, devient, si l'on peut s'exprimer ainsi, le centre de vitalité et de fluxion, le point d'attraction de tous les fluides nutritifs. Après l'accouchement, cet organe éprouve un changement subit, une secousse violente; le cours des liquides se fait d'une autre manière, et les nouvelles conditions dans lesquelles la femme se trouve placée, doivent nécessairement la rendre plus accessible à l'action des agens extérieurs : action qui, dans toute autre circonstance, glisserait inaperçue.

A cette prédisposition dépendant de l'état de la femme avant et après l'accouchement, ajoutons le mauvais régime auquel elle a pu

être soumise durant sa grossesse : une nourriture insuffisante ou de mauvaise qualité peut, en entretenant un état d'anémie, prédisposer aux inflammations puerpérales; car il est d'observation, malgré ce qu'on lit dans la plupart des traités de pathologie, que ce ne sont pas les individus les plus robustes et d'un tempérament sanguin qui sont les plus sujets aux phlegmasies de toute espèce.

D'après la plupart des auteurs, les climats froids ont une grande influence sur le développement de la maladie qui nous occupe : ainsi, on la dit plus fréquente en Angleterre qu'en France. *Savary* ne l'a jamais observée en Italie, et le docteur *Salles* dit, dans sa dissertation inaugurale, ne l'avoir pas vue dans l'Amérique du Sud, où il a séjourné trois ans. Il paraîtrait aussi qu'elle est plus fréquente en hiver et en automne que dans les autres saisons; les mois de novembre, décembre, janvier et février, sont ceux où elle a été observée le plus souvent à l'Hôtel-Dieu de Paris, dans un espace de onze ans. Cependant tous les auteurs ne sont pas d'accord à ce sujet. M. *Baudelocque* neveu serait porté à conclure, d'après les relevés faits à plusieurs époques et pendant plusieurs années dans les hôpitaux de Paris, de Lyon et de Londres, que c'est dans les saisons chaudes que la péritonite a sévi le plus cruellement contre les femmes en couches.

L'entassement des malades, dans les maisons d'accouchement, influe d'une manière remarquable sur le nombre des femmes atteintes d'affections puerpérales. Personne ne met en doute les graves inconvéniens attachés à de grands rassemblemens d'individus : le rassemblement des nouvelles accouchées doit être plus pernicieux encore que celui des autres personnes; aux causes ordinaires de viciation de l'air, il faut ajouter l'écoulement des lochies, les excrétions des enfans nouveaux-nés, qui doivent produire des miasmes nuisibles. Cependant comment se fait-il que toutes les circonstances d'entassement, de température, etc., restant les mêmes, on a quelquefois observé, dans ces maisons, beaucoup plus de malades à des époques qu'à d'autres? Il faut bien admettre, soit dans l'atmosphère, soit ailleurs, quelque influence qui échappe à nos moyens d'investigations.

Ce n'est pas seulement dans les hôpitaux qu'on voit régner épidémiquement les affections puerpérales; elles peuvent revêtir ce caractère en ville, et même dans les campagnes. *Peu* parle, dans son Traité d'accouchemens, d'une épidémie de ce genre qui fit de grands ravages en Normandie, et surtout à Rouen et à Caen, en l'année 1713. Il a régné au village de Creteil près Paris, au mois de germinal an 7, une épidémie également meurtrière, sur laquelle le docteur *Lafisse* a donné des détails dans le Journal général de Médecine (t. VII, p. 413). Je pourrais en citer bien d'autres.

La contagion, admise par quelques auteurs, est rejetée par la plupart. M. le professeur *Dugès*, pour prouver la non-contagion, se fonde : 1°. sur ce que des femmes enceintes et récemment accouchées ont séjourné avec des femmes atteintes de cette maladie sans la contracter; 2°. sur ce que des élèves sages-femmes ne l'ont point transportée d'une femme malade à une femme saine, et sur ce qu'enfin cette maladie ne se communique point de proche en proche.

On a dit qu'une première grossesse était plus sujette à déterminer la métro-péritonite que les grossesses suivantes. On conçoit que, dans le premier accouchement, le produit de la conception ayant plus de peine à traverser les parties, à cause de leur étroitesse, l'utérus doit faire de plus grands efforts pour son expulsion, et par conséquent devenir plus irritable.

Les causes efficientes qui agissent pendant l'accouchement sont : la longueur ou la violence du travail, l'écoulement prématuré des eaux, les manœuvres pratiquées pour extraire l'enfant ou le placenta, soit avec la main seule, soit avec le forceps ou les instrumens tranchans : ces manœuvres, surtout quand elles sont pratiquées par des mains inhabiles ou mal à propos, contondent les parois de l'utérus, et deviennent cause d'inflammation. Cette cause est bien plus puissante lorsque le vagin ou la matrice sont déchirés : alors le produit de la conception peut passer dans le péritoine en tout ou en partie. L'opération césarienne donne presque nécessairement lieu à une métro-péritonite mortelle. Cette maladie peut aussi être produite par le sé-

jour prolongé dans la matrice d'un fœtus en putréfaction, par la rétention prolongée de l'arrière-faix ou de ses débris, de caillots sanguins putréfiés.

N'oublions pas, comme causes efficientes, l'avortement, les compressions trop fortes exercées sur l'abdomen, à l'aide d'un bandage de corps, dans le but de prévenir les obliquités de l'utérus ; les injections toniques et irritantes pratiquées dans cet organe ; les boissons alcoholiques dont on gorge quelquefois les femmes pendant le travail de l'accouchement, dans l'intention de leur donner des forces qui les aident à expulser le produit de la conception ; la sortie prématurée du lit, un travail quelquefois pénible repris trop tôt, l'exposition au froid, etc.

Les matières fécales accumulées dans l'intestin peuvent, en comprimant l'utérus et le péritoine, les irriter mécaniquement ; et cela d'autant plus aisément que ces organes ont été tiraillés et distendus. On a remarqué que la maladie qui nous occupe a suivi quelquefois de grandes hémorrhagies survenues pendant ou après l'accouchement : cela est d'autant plus singulier que les émissions sanguines l'enlèvent souvent à son début. On l'a vue survenir aussi après une émotion morale vive, pendant le chagrin qu'éprouvent la plupart des femmes en se voyant séparées de leur enfant.

Mettrons-nous au rang des causes la suppression des lochies, la suppression de la sécrétion du lait ? Beaucoup d'auteurs recommandables se prononcent pour l'affirmative ; pour moi, je pense, avec M. le professeur *Chomel*, que « la suppression des lochies et du lait, qui ont paru quelquefois produire la métrite, sont peut-être souvent les premiers symptômes de cette maladie, plutôt que les causes qui en déterminent le dévelopement. » (Dict. de Médec.)

Symptômes. La maladie commence ordinairement deux ou trois jours après l'accouchement, quelquefois plus tard, rarement après huit ou dix jours : elle peut apparaître le jour même de l'accouchement ; c'est ce qui a lieu fréquemment dans les épidémies.

Les femmes ressentent d'abord un malaise dont elles ne peuvent se

rendre compte ; un frisson plus ou moins intense, plus ou moins répété, ne tarde pas à survenir ; en même temps le pouls devient fréquent. Au frisson succède une douleur plus ou moins vive dans l'hypogastre, accompagnée de chaleur et de pesanteur dans cette région, de tiraillemens dans les aines, etc. La main, appliquée au-dessus du pubis, sent souvent une tumeur formée par l'utérus, qui n'est pas revenu sur lui-même ; la pression sur cette tumeur cause de vives douleurs. Si on introduit le doigt dans le vagin, le plus souvent on sent le col de la matrice chaud, tendu, tuméfié et très-sensible,

Ces symptômes, qui dénotent l'inflammation de l'utérus, ne sont pas toujours aussi prononcés, et le plus souvent cette inflammation se propage si rapidement au péritoine, que les symptômes de la péritonite apparaissent dès le début, et masquent ceux de la métrite, vu leur grande intensité. La douleur qui a commencé à se faire sentir dans l'hypogastre s'étend plus ou moins rapidement aux autres parties de l'abdomen. Presque toujours les lochies se suppriment entièrement ou deviennent moins abondantes; dans quelques cas la suppression des lochies a précédé la maladie. Lorsque la sécrétion du lait a commencé, presque toujours elle s'arrête, les seins s'affaissent, deviennent flasques et ridés ; d'autres fois la sécrétion laiteuse est seulement diminuée, elle peut même être à peine dérangée.

On peut assigner à la douleur causée par l'inflammation du péritoine des caractères pathognomoniques : elle augmente par la pression la plus légère exercée sur l'abdomen ; le bout du doigt, un cataplasme, le poids des couvertures, et toute espèce de mouvemens, l'augmentent singulièrement : aussi les malades restent-elles couchées sur le dos. L'acte de la défécation, l'éjection des urines, ne se font pas sans douleur. Le ventre est notablement plus volumineux qu'à l'état naturel; il peut même l'être plus que pendant qu'il contenait le produit de la conception ; il donne à la percussion, principalement dans la région ombilicale, un son plus ou moins clair, selon la plus ou moins grande quantité de gaz accumulés dans l'intestin ou dans le péritoine lui-même. On a remarqué que ces gaz sont, en général,

beaucoup plus abondans dans la péritonite puerpérale que dans les péritonites ordinaires ; ce qui dépend de la flaxidité des parois abdominales. Le plus souvent il se fait dans le péritoine un épanchement de liquide ; on constate sa présence par la fluctuation que l'on sent en palpant les parois abdominales, et par la matité que donne la percussion. C'est ordinairement dans les flancs que la fluctuation et la matité sont le plus sensibles ; du reste, l'endroit qui présente cette matité à la percussion doit varier selon la position de la malade. Quelquefois la fluctuation ne peut être perçue, parce que la sérosité ou le pus se trouvent emprisonnés dans des cellules formées par de fausses membranes.

Voici maintenant les symptômes généraux : les fonctions digestives sont notablement altérées ; on observe des hoquets, des vomissemens qui, ordinairement, sont abondans et se succèdent avec une grande rapidité, de quart d'heure en quart d'heure, par exemple ; on a vu des malades continuer à vomir jusqu'à leur dernier soupir. Ces vomissemens sont quelquefois plus rares ; ils peuvent se réduire à deux ou trois par jour seulement. Leur matière consiste d'abord dans du mucus, plus tard en un liquide verdâtre, porracé, dû à de la bile mêlée aux boissons ingérées dans l'estomac. Du côté des évacuations alvines, il peut y avoir constipation, et cette constipation ne contribue pas peu à augmenter les douleurs, par la compression qu'exercent, sur le péritoine enflammé, les matières dures contenues dans l'intestin. Il peut y avoir diarrhée plus ou moins abondante. Les urines sont peu abondantes, foncées en couleur ; leur émission est fréquente, et souvent accompagnée de cuissons, d'ardeur à la vulve et presque toujours de douleurs à l'hypogastre.

La circulation est toujours troublée ; le pouls est le plus souvent petit et serré, très-fréquent : lorsque la maladie doit se terminer par la mort, sa fréquence et sa ténuité deviennent telles qu'il est impossible de compter les pulsations. La peau est d'abord sèche et chaude ; plus tard, une sueur visqueuse, gluante et froide couvre le visage et la poitrine.

La respiration est fréquente et costale ; les inspirations sont courtes ; l'abaissement du diaphragme, surtout lorsque la portion de péritoine qui le tapisse est enflammée, arrache à la malade des cris continuels.

Le *facies* présente une altération remarquable résultant de la vive douleur qu'éprouvent les malades. La face est, comme on le dit, grippée ; elle est pâle ; les yeux sont enfoncés, les lèvres décolorées ; les traits, en se contractant, expriment l'angoisse la plus vive.

Tels sont à peu près les symptômes de la métro-péritonite simple ; lorsqu'elle se complique de la phlébite utérine, de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques, ou de ces deux états à la fois, la douleur abdominale est moins prononcée et souvent nulle ; la face revêt une empreinte de stupeur et d'indifférence la plus complète ; l'œil est morne et abattu, la langue est recouverte d'une couche brunâtre, les dents sont encroûtées d'un enduit fuligineux ; très-souvent il survient du délire, des mouvemens convulsifs, des soubresauts des tendons, un frisson qui se répète irrégulièrement chaque jour ; en un mot, une série de modifications de l'innervation, qui prouvent qu'un principe délétère porté dans le torrent de la circulation; agit sur tous les points de l'économie, et stupéfie en quelque sorte sur le système nerveux.

Terminaisons. Cette maladie peut se terminer par résolution, par une sécrétion purulente dans la cavité de l'utérus, par un épanchement dans le péritoine, par abcès dans les fosses iliaques ou dans le petit bassin, par la gangrène de la matrice, par son passage à l'état chronique.

Lorsque la résolution doit avoir lieu, les accidens deviennent d'heure en heure moins intenses, le pouls se développe, la peau devient moite, les mouvemens sont plus faciles, les lochies recommencent à couler, les seins deviennent moins flasques, la sécrétion du lait se rétablit ; enfin, après cinq à six jours, les malades sont dans l'état naturel, quoique affaiblies. Si la terminaison doit avoir lieu par une sécrétion purulente dans l'utérus, les symptômes sont à peu près les mêmes que dans le cas précédent. Cette terminaison est assez heureuse ; il

sort par le vagin un liquide trouble d'une odeur d'abord fort désagréable : ce liquide devient de moins en moins trouble, et finit par ressembler à du mucus.

Lorsque la maladie se termine par abcès dans les fosses iliaques ou dans l'hypogastre, la douleur a été vive dans ces régions ; on y a senti quelquefois une tuméfaction assez considérable plus ou moins régulièrement limitée ; la malade a pu y éprouver des douleurs pulsatives. Après quatre ou cinq jours, elle éprouve des frissons irréguliers qui reviennent souvent dans la même journée ; on sent souvent une fluctuation douteuse, il faut que la tumeur ait contracté des adhérences avec les parois abdominales, et que le pus soit assez abondant pour que cette fluctuation devienne manifeste. Ces abcès s'ouvrent fréquemment dans le cœcum, plus rarement dans l'*S* iliaque du colon. D'autres fois ils proéminent en avant, s'interposent entre les fibres des muscles abdominaux, et arrivent à la peau ; ils peuvent s'ouvrir dans le péritoine : le cas est alors mortel, tandis que les autres sont souvent heureux. Les abcès contenus dans le petit bassin peuvent s'ouvrir dans le vagin, dans la vessie, dans le péritoine ou même à l'extérieur au-dessus du pubis.

Dans la terminaison par épanchement dans le péritoine, les accidens sont variables ; quelquefois la douleur est fort vive dans la région du foie, la fièvre est très-intense. Quand la sécrétion se fait, il y a des frissons irréguliers, le ventre gonfle, etc. Nous avons déjà décrit les signes qui peuvent faire reconnaître cette terminaison, elle est infiniment plus fréquente que la terminaison par abcès.

A quels signes peut-on reconnaître que la gangrène de l'utérus aura lieu ? Elle est précédée de tous les symptômes qui accompagnent une violente inflammation; et quand ces symptômes sont arrivés au plus haut degré d'intensité, les malades cessent subitement de souffrir, le ventre s'affaisse quelquefois, le pouls devient excessivement faible, vermiculaire, disparaît par la plus légère pression; les traits du visage s'affaissent, les paupières sont entr'ouvertes, la pupille dilatée ; la surface des yeux paraît comme villeuse, les vaisseaux

de la conjonctive sont quelquefois injectés par défaut de ressort, le nez s'amincit, une sueur froide et visqueuse couvre le visage, la respiration devient laborieuse et pénible, la langue semble à chaque inspiration se précipiter vers le pharynx, les membres se refroidissent et deviennent visqueux; dans cet état les malades ne souffrent pas, cependant quelques-unes se méfient et prévoient la mort. Ces symptômes ne sont pas toujours aussi tranchés.

Prognostic. Cette maladie est très-grave : d'après *Delaroche* et M. le professeur *Dugès*, il meurt les quatre cinquièmes des femmes qui en sont atteintes. Le prognostic devra varier selon le tempérament et la force des sujets, selon les causes, selon que la maladie sera sporadique ou épidémique, selon une foule de circonstances qu'on pourra souvent apprécier dans les cas particuliers. On pourra annoncer presque certainement une issue funeste, lorsque le ventre aura été tendu, ballonné et très-douloureux dès le début, qu'il y aura des vomissemens abondans et fréquemment répétés, que le pouls sera petit et très-fréquent, donnant, par exemple, 180 pulsations par minute : dans ces cas, les malades peuvent mourir en douze ou quinze heures.

Diagnostic. Il est quelquefois fort difficile de prononcer s'il y a métro-péritonite ou simplement péritonite, les symptômes que donne l'inflammation du péritoine masquant ceux de la métrite qui peuvent être fort peu prononcés. On reconnaîtra que l'utérus participe à l'inflammation par les symptômes locaux que nous avons donnés; d'ailleurs l'erreur ne serait pas bien préjudiciable à la malade, le traitement étant à peu près le même dans les deux cas. Il sera facile de distinguer la métro-péritonite de la métrite simple : dans cette dernière maladie, la douleur est moins vive et plus locale, la pression du ventre n'est le plus souvent douloureuse qu'à l'hypogastre ; il y a rarement des vomissemens, jamais de fluctuation dans le ventre; la face est pâle et souffrante, mais elle n'est pas grippée. Nous avons

donné les caractères qui feront reconnaître que la métro-péritonite est compliquée de phlébite utérine.

On distinguera facilement la métro-péritonite simple de la phlébite simple ou compliquée de métrite, par les symptômes généraux, qui ne sont pas les mêmes dans les deux cas. Dans le second, la douleur est peu forte, et souvent nulle; il y a des symptômes typhoïdes, des frissons; il n'y a point de vomissemens sympathiques, etc.

On ne confondra pas la métro-péritonite avec les tranchées utérines qui ont lieu après l'accouchement. Dans ce cas, les douleurs viennent par intervalles, le pouls est en même temps accéléré; ces tranchées sont souvent suivies de la sortie d'un caillot ou de sang liquide, et lorsqu'elles ont cessé, tout rentre dans l'ordre.

Les affections qui ont quelques symptômes communs avec la métro-péritonite sont : la suppuration des symphyses du pubis, qui survient quelquefois après l'accouchement; la néphrite, l'ovarite, la cystite, la gastrite, l'entérite; le rhumatisme des parois abdominales, leur inflammation phlegmoneuse, certaines coliques nerveuses; mais ces affections ont des caractères particuliers sur lesquels je crois pouvoir me dispenser d'insister.

Altérations anatomiques. Quoique la malade ait offert, pendant la vie, les symptômes les plus tranchés de péritonite, il peut arriver qu'à l'autopsie on ne trouve dans le péritoine ni rougeur, ni épanchement, ni aucune trace d'inflammation : c'est dans le cas où la maladie s'étant rapidement terminée par la mort, en douze ou quinze heures, par exemple, le sang qui avait afflué dans les capillaires en a été repoussé par leur contractilité. Cependant, dans cette circonstance, on découvre quelquefois, à la surface interne du péritoine, de petites villosités comme poisseuses au toucher; d'autres fois, la mort ayant aussi eu lieu très-promptement, on ne trouve qu'une simple injection rosée des vaisseaux, ou une rougeur uniforme de la membrane séreuse. Lorsque la maladie a duré plus long-temps, cette rougeur quelquefois a disparu, le péritoine est épaissi, recouvert, surtout dans

le petit bassin, de pseudo-membranes plus ou moins épaisses, que l'on reconnaît pour être du pus concrété. Il en résulte l'adhérence des anses intestinales, soit entre elles, soit avec l'utérus, les ovaires, les ligamens larges ou les parois du ventre. Les paquets intestinaux que forment ces adhérences peuvent souvent être sentis par la main pendant la vie.

Le plus ordinairement un liquide est épanché dans l'abdomen. Considéré sous le rapport de sa quantité, ce liquide est plus abondant que dans les péritonites ordinaires; il ne l'est presque jamais autant que paraît le comporter la distension de l'abdomen, qui contient aussi une grande quantité de gaz. Sous le rapport de sa nature, c'est une sérosité plus ou moins trouble, de couleur variable, ressemblant quelquefois à de véritable lait : aussi un grand nombre d'auteurs ont-ils pensé que l'épanchement était dû à du lait résorbé. Une nouvelle analyse en a été faite, il y a quatre ou cinq ans, en France et en Allemagne; les chimistes allemands y ont trouvé du caséum; en France, le caséum y a été trouvé par quelques-uns, par M. *Barruel fils* en particulier, et n'a pas pu être découvert par d'autres. Il faut remarquer que la chimie n'a pas de moyens bien certains de distinguer la fibrine du caséum, ce qui met l'assertion précédente dans le doute. D'ailleurs, pour conclure que ce liquide est du lait, il faudrait que l'analyse y découvrît du sucre de lait. Enfin, si l'on fait attention que le liquide blanc, que l'on a rencontré chez quelques hommes morts de péritonite, ne diffère en rien de celui trouvé dans le péritoine de femmes ayant succombé à la péritonite puerpérale, on sera en droit de conclure qu'il ne provient pas, dans ce cas, de la résorption du produit de la sécrétion des glandes mammaires. Ce liquide contient souvent des flocons albumineux blanchâtres qui nagent dans son sein. Ces flocons, quelquefois fixés au péritoine, deviennent, comme le pus, des moyens d'adhérences. Lorsque la maladie a duré long-temps, le liquide se trouve considérablement diminué et converti en véritable pus, qui se concrète à la surface de la mem-

brane séreuse, et forme les pseudo-membranes dont nous avons parlé.

On a quelquefois trouvé, chez des femmes mortes à la suite de couches, un liquide de nature caustique épanché dans le péritoine. M. le professeur *Marjolin* nous a raconté, dans ses cours, qu'il avait été atteint d'érysipèle aux deux mains, pour les avoir plongées dans l'abdomen d'une femme qui avait succombé à cette maladie.

Quelquefois on trouve aussi du pus en dehors du péritoine, dans le tissu cellulaire sous-séreux, surtout dans l'épaisseur des ligamens larges. Une autre altération, qui est très-rare, consiste dans la gangrène du péritoine: dans ce cas, on rencontre des portions d'épiploon gangrené qui se sont détachées de ce repli, et qui nagent dans le liquide épanché.

Que deviennent ces diverses altérations lorsque les malades guérissent? Elles peuvent disparaître complètement, après un temps plus ou moins long; le liquide est résorbé peu à peu; les fausses membranes se transforment en tissu cellulaire, plus ou moins parfait, qui unit solidement les intestins entre eux. Les adhérences une fois établies peuvent disparaître en grande partie, et même entièrement.

On ne trouve quelquefois dans l'utérus qu'une rougeur souvent médiocre, soit de son tissu propre, soit seulement de sa surface interne, chez des femmes mortes peu de temps après leurs couches, d'une péritonite aiguë, dont le point de départ manifeste a été une irritation de cet organe (*Andral*, Anat. path.); ce qui fait qu'il est quelquefois très-difficile de distinguer ces faibles altérations de l'état physiologique, et qu'elles ont été méconnues par un grand nombre d'auteurs, qui ont fait consister la fièvre puerpérale seulement dans l'inflammation du péritoine. Dans ce cas, cependant, le volume de la matrice est le plus ordinairement plus considérable qu'il ne devrait l'être eu égard au temps qui s'est écoulé depuis l'accouchement.

Le plus souvent cet organe présente des altérations bien plus tranchées; ses parois sont épaisses, molles, faciles à déchirer, d'un rouge grisâtre particulier. Sa surface interne est recouverte d'une couche

plus ou moins épaisse d'une matière putrilagineuse, rougeâtre, brunâtre ; l'altération est surtout remarquable à l'endroit où s'insérait le placenta : cette empreinte circulaire est quelquefois dure, sèche, friable et brune dans une grande profondeur. On peut trouver sur cette surface des plaques gangréneuses, ramollies, plus ou moins larges, plus ou moins épaisses : ce ramollissement pénètre souvent bien plus profondément les parois de l'utérus, qui peut en être affecté dans une grande partie de son étendue et même en totalité. C'est cette altération que *Boër* a décrite le premier sous le nom de *putrescence de l'utérus ;* elle a été étudiée depuis en Allemagne, par plusieurs auteurs, et en France par M. *Luroth*, par M. *Danyau*, qui l'a décrite sous le nom de *métrite gangréneuse.*

Si l'on vient à inciser le tissu de l'organe, on le trouve quelquefois infiltré de pus ; d'autres fois, ce pus est réuni en foyers plus ou moins considérables. Souvent la coupe présente des ouvertures arrondies plus ou moins larges, qui sont celles des veines utérines dilatées. En pressant on en fait sortir du véritable pus ; en pratiquant une incision sur le trajet de ces veines, on voit qu'elles sont rouges, épaissies ; leur membrane interne est quelquefois ulcérée, quelquefois recouverte d'une couche pseudo-membraneuse ; elles peuvent contenir, soit une matière concrète rougeâtre, soit de véritable pus. On peut suivre ces altérations ordinairement jusque dans les veines hypogastriques, qu'il n'est pas rare de voir oblitérées par ces concrétions fibrineuses, ou par ces fausses membranes devenues fort épaisses, et quelquefois jusque dans la veine cave.

Lorsque ces altérations des veines existent, on rencontre le plus souvent en même temps dans les poumons, dans le foie, dans la rate, dans les muscles, dans le tissu cellulaire sous-cutané, des abcès circonscrits peu considérables, souvent très-nombreux, ou simplement des noyaux d'engorgemens inflammatoires. On peut aussi trouver du pus dans les articulations. *Dance* a démontré clairement, dans son Mémoire sur la phlébite, que la présence de ces altérations se rattache à l'inflammation des veines utérines. Tous les auteurs n'expliquent

pas leur production de la même manière : les uns pensent que le pus a été charrié par le torrent de la circulation, et déposé en nature dans les organes ; d'autres, que le pus également charrié par le sang, a agi sur les tissus comme substance irritante, et les a enflammés. Cette opinion me paraît confirmée par les expériences de M. le professeur *Cruveilhier*, qui a produit des altérations tout à fait semblables, en injectant du mercure dans les veines des animaux. Quelquefois les veines des membres inférieurs contiennent du pus ou des concrétions fibrineuses qui adhèrent à leurs parois enflammées ; il peut en résulter l'oblitération complète de ces veines, et, par suite, un œdème plus ou moins considérable du membre : j'en ai vu dernièrement à l'Hôtel-Dieu un exemple remarquable.

Les vaisseaux lymphatiques qui se distribuent à l'utérus peuvent être enflammés, et leur altération peut co-exister avec celle des veines utérines ; elle est surtout apparente dans les gros troncs qui rampent dans les ligamens larges, et sur la surface externe de l'utérus ; ils sont d'une couleur jaunâtre ; leur volume peut égaler celui du tuyau d'une plume à écrire ; leurs parois sont quelquefois rougeâtres, ramollies, épaissies ; ils contiennent du pus dans leur intérieur ; les ganglions auxquels ils se rendent et le tissu cellulaire qui les entoure peuvent aussi être infiltrés de ce liquide. Cette altération des vaisseaux lymphatiques est, selon M. le professeur *Moreau*, plus fréquente que la phlébite. Il nous a dit, dans ses leçons de cette année, qu'il l'avait rencontrée à la Maternité un très-grand nombre de fois, tandis qu'il n'avait trouvé que très-rarement du pus dans les veines. Ce n'est cependant qu'en 1830 que M. le docteur *Tonellé* a décrit, le premier je crois, cette altération, dont *Dance* n'a pas parlé. D'après le premier auteur, l'inflammation des vaisseaux lymphatiques utérins donne lieu aux mêmes symptômes que la phlébite (Archives générales de médecine, 1830). D'après M. le docteur *Nonat* (Thèses de la Faculté, 1832), on n'observe pas, lorsque les vaisseaux lymphatiques sont affectés, ces frissons revenant irrégulièrement chaque jour, qui caractérisent la phlébite.

Traitement. Pour prévenir les affections puerpérales, on aura recours à tous les soins hygiéniques qui conviennent aux femmes en couches; ils consistent à éviter les causes dont nous avons parlé : aussi nous n'y insisterons pas.

Lorsque la métro-péritonite se présente sporadiquement, on a beaucoup plus de chances de succès; c'est dans cette circonstance surtout qu'il convient de lui opposer la méthode antiphlogistique par excellence. Si la femme est forte, il vaut mieux d'abord ouvrir largement la veine que de commencer par une application de sangsues; la quantité de sang qu'on devra laisser couler devra être proportionnée à la force du sujet, à l'étendue et à la violence de l'inflammation; la saignée doit être faite le plus près possible du début. Après cette première saignée, on fera une application de sangsues sur l'abdomen; leur nombre doit être considérable; il ne faut pas craindre de trop affaiblir les malades; les émissions sanguines considérables enlèvent fort souvent la maladie à son début. Il est bon que les piqûres des sangsues fournissent long-temps du sang. Il n'est pas toujours possible de les faire saigner; le sang semble retenu à l'intérieur par le stimulus qui le porte vers les parties enflammées. Dans ce cas, on peut appliquer des ventouses sur les piqûres, pourvu toutefois qu'elles ne causent pas trop de douleurs; s'il en est autrement, on se contentera de mettre un cataplasme chaud sur l'abdomen. Si l'écoulement des lochies est arrêté, on a conseillé d'appliquer une partie des sangsues aux parties génitales ou à l'anus; mais cette application est souvent difficile, à cause des mouvemens qu'elle nécessite. Il sera bon de répéter plus ou moins les évacuations sanguines, selon l'effet que l'on produira par ce moyen. Il ne faudra pas toujours se régler pour cela sur l'état de la face et sur celui du pouls; le pouls, quoique petit et serré, se développe souvent sous l'influence de la saignée. Plus tard, lorsqu'un épanchement existe déjà dans l'abdomen, il serait nuisible de poursuivre les émissions sanguines, car elles favoriseraient trop l'absorption, et tendraient à introduire du pus dans la circulation. Lorsque la maladie est épidémique et qu'elle n'est pas franche-

ment inflammatoire, les émissions sanguines doivent être employées avec réserve. Il est des cas où la saignée serait nuisible; ces cas sont ceux où la maladie se complique de symptômes adynamiques : il est alors indiqué de soutenir les forces à l'aide de légers toniques.

Les fomentations émollientes et quelquefois narcotiques seront substituées aux cataplasmes lorsqu'ils incommoderont les malades par leur poids. Les bains et les demi-bains peuvent être fort utiles, si les mouvemens que les malades sont forcés d'exécuter pour les prendre ne sont pas trop douloureux; ils sont cependant contre-indiqués, les premiers surtout, lorsqu'il y a délire, céphalalgie, gêne trop grande de la respiration, etc. : il faut, lorsqu'on les prescrit, recommander aux malades de prendre toutes les précautions possibles pour ne pas se refroidir.

La constipation complique souvent la maladie ; les matières fécales agissent alors par leur volume, par leur poids, par l'empêchement qu'elles apportent à l'excrétion des gaz intestinaux. Il faut tâcher de procurer leur évacuation au moyen de lavemens émolliens ou légèrement purgatifs. Si l'on ne réussit pas avec les lavemens, on aura recours à quelque potion minorative dans laquelle entreront, par exemple, l'huile de ricin, la manne, etc. Il est avantageux de faire dans l'utérus des injections tièdes de décoction de guimauve ou de graine de lin, surtout lorsqu'on aura à craindre que quelque portion de l'arrière-faix ou des caillots sanguins se trouvent encore dans cet organe.

Les frictions mercurielles sont indiquées lorsque l'épanchement existe déjà, pour en faciliter l'absorption. Ce moyen compte beaucoup de succès : on les pratique sur le ventre, sur la partie interne des cuisses, à la dose d'une à deux onces par jour. On doit laver de temps en temps les parties frictionnées, pour faciliter l'absorption des nouvelles frictions. Il arrive souvent qu'à une époque plus ou moins avancée, suivant les individus, une salivation abondante a lieu. Que cette salivation survienne ou non, quelquefois la maladie est singulièrement amendée par ce moyen, tandis que, dans d'autres cas, elle

continue sa marche, et entraîne les malades au tombeau. C'est un moyen qui peut être utile dans les cas graves. Quelques médecins emploient en même temps le calomel et d'autres préparations mercurielles à l'intérieur pour hâter la salivation.

L'huile de térébenthine a été employée à l'intérieur à la dose de un ou deux gros, et en frictions à l'extérieur ; ses effets ne sont pas encore bien connus : M. le professeur *Cruveilhier* en a tiré peu d'avantages dans ces derniers temps. On a beaucoup vanté les sudorifiques; on doit les employer avec modération. Les toniques ont aussi été préconisés ; s'ils peuvent être de quelque utilité, c'est lorsqu'il existe des symptômes typhoïdes. On peut encore les employer lorsque la maladie tend à passer à l'état chronique ou que la malade manque de forces pour supporter le travail d'organisation des fausses membranes.

Il y a cinquante ans, l'ipécacuanha a passé pendant quelque temps pour être un spécifique de la fièvre puerpérale. *Doulcet*, qui l'employa le premier à l'Hôtel-Dieu de Paris, dans une épidémie meurtrière, en obtint un grand nombre de succès ; mais il faut remarquer que ce médicament fut donné vers la fin de l'épidémie, et peut-être à bien des femmes qui n'avaient pas de péritonite. Ce médicament peut être utile; il ne faudrait pas le négliger dans une épidémie, si tous les autres moyens avaient échoué, ou s'il y avait une indication pressante d'évacuer l'estomac. Les purgatifs ont paru réussir dans quelques cas; il faudrait bien se garder d'en faire usage lorsqu'il y a des symptômes d'irritation intestinale. Ils conviennent pourtant, comme je l'ai déjà dit, dans les cas où on ne peut se rendre maître de la constipation par les lavemens, et vers la fin de la maladie, pour hâter la résorption de l'épanchement.

Les vésicatoires appliqués sur le ventre ne conviennent pas dans l'état d'accroissement de la maladie ; ils augmentent la réaction générale et l'irritation locale. M. le professeur *Marjolin* a vu plusieurs fois le péritoine plus enflammé aux endroits qui leur correspondaient. Ils ne doivent être essayés sur cette région que dans une période avancée de la maladie, pour favoriser la résorption de l'épanchement. On a

conseillé de les appliquer à la partie interne des cuisses lorsqu'il existe des symptômes adynamiques et ataxiques : cependant M. *Louis* n'en a pas obtenu de bons résultats dans l'affection typhoïde.

Beaucoup d'autres moyens ont été préconisés; je les passerai sous silence pour ne pas augmenter le volume de cette dissertation.

Il est inutile de dire que les malades devront observer une diète sévère, jusqu'à ce que les symptômes se soient considérablement amendés. Les boissons dont elles devront faire usage seront émollientes ou acidules : on pourra les varier selon leur goût. Il sera bon de les administrer glacées et en petite quantité, lorsqu'elles seront rejetées par les vomissemens. Dans ce cas, on emploiera avec avantage l'eau gazeuse, la potion anti-émétique de *Rivière*, etc.

Le traitement antiphlogistique est celui qui convient dans le plus grand nombre des cas; on ne doit recourir aux autres que lorsqu'il a échoué, ou lorsqu'il y a contre-indication formelle; en agir autrement serait perdre un temps précieux, et l'on pourrait par là beaucoup nuire aux malades.

PROPOSITIONS

I.

Lorsque l'attention est long-temps et fortement fixée sur une fonction, cette fonction peut finir par se troubler.

II.

Il est nuisible de laisser les accès des fièvres intermittentes se renouveler trop souvent; il convient d'administrer le fébrifuge après le second.

III.

Toute pneumonie qui marche lentement se termine ordinairement

d'une manière heureuse; le contraire a lieu lorsque sa marche est rapide.

IV.

Si l'inflammation du lobe supérieur des poumons est plus grave que celle des lobes inférieurs, c'est parce qu'elle atteint particulièrement les vieillards.

V.

Lorsque, sans cause connue et après un simple mouvement fébrile, on observe un gonflement douloureux des ganglions du cou, on peut diagnostiquer un érysipèle à la face.

VI.

On doit distinguer deux grandes classes d'inflammations; les unes franches, les autres spécifiques. Nos moyens mécaniques ou chimiques peuvent faire naître les premières : ils sont impuissans à produire les secondes. Celles-ci sont dues à divers agens morbifiques, inconnus dans leur nature, que nous pouvons quelquefois saisir et inoculer.

VII.

Lorsqu'une même lésion existe, disséminée dans le même organe ou dans différens tissus, il est presque impossible de nier l'influence d'une cause générale préexistante.

VIII.

Lorsque le gargouillement produit dans une cavité tuberculeuse s'entend dans une étendue considérable ou dans tout un côté de la poitrine, sa transmission peut dépendre d'un épanchement causé par la perforation de la plèvre, ou de l'induration du poumon. Dans le premier cas, le gargouillement conserve sa force dans tous les points où il s'entend; dans le second, il va en s'affaiblissant, mais en conservant son rhythme, du point où il est produit aux points les plus éloignés.

FIN.